≪70 歳未満用≫

記入例

受付印欄

~7月末（新規）
更新
再交付
長期のみ
FAX済

国民健康保険　限度額適用・標準負担額減額　認定申請書

（宛先）長野市長

下記のとおり別紙関係書類を添えて申請します。

なお、認定に際しては、世帯主及び同一世帯の国民健康保険加入者全員の市民税課税状況について、税務関係当局に報告を求めることに同意します。

令和○○年　○月○○日　　〒３８０－８５１２

住　所　　長野市大字鶴賀緑町１６１３

世　帯　主

氏　名　　長野　太郎　　個人番号　　○○○○○○○○○○○○

（電話　０２６－２２４－７２２５　）

〒３８０－８５１２

住所　　長野市大字鶴賀緑町１６１３

窓口へ来られた方

氏名　　長野　太郎　　世帯主との続柄（　本人　）

（電話　０２６－２２４－７２２５　）

対象者氏名を必ず記入してください。

被保	**認　定　対　象　者**
長 －○○○○○○	氏名　　長　野　花　子　　（男・女）
認定対象者の個人番号	
○○○○○○○○○○○○	昭・平・令○○年　○月○○日生　/　世帯主との続柄（　妻　）
第三者行為による事故等の医療費を含む場合は、右の欄に○をお願いします。	

送付先　※**世帯主の住所以外に送付**を希望する場合のみ記入してください。

※委任状（原本）又は同じ世帯の方の本人確認ができるもの（顔写真があるものは一点、顔写真がないものは二点）のコピーを添付してください。（病院あて送付の場合は添付不要です）

※病院あて送付の場合、**病院の承諾**、受け取る**病院職員の所属・氏名が必要**です。

住　所　〒　　-

氏名（病院名・職員の所属・氏名）

病院側が事前に承諾している場合のみ、病院への送付が可能です。

①	☐ これから、入院・通院予定 ☑ 現在、入院中・通院中　☐ 退院済	入院・通院の保険医療機関等	
	☐申請月の前月以前に遡って適用を希望 **令和　　年　　月１日から適用希望** **（前月以前からの適用には病院の承諾が必要）**	病院の名称	長野○○　　病院

《食事代》標準負担額減額認定〔対象：市県民税非課税世帯で 90 日以上入院の方〕

②	過去１年間の入院：　(有)・無	入院をした保険医療機関等	
	令和○○年　○月○○日から 令和○○年　○月○○日まで　○　日間	所在地	長野市○○○○
		名　称	長野○○病院

年 / 月	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	計
日数												

前年度課税・非課税	長期入院　／　令和　　年　　月　1　日該当　・　非該当

※ 以下は市役所（国民健康保険課）処理欄

ここから下は記入不要です。

資格取得日	S・H・R	資格取得日	S・H・R　年　月　日
発効期日	令和	発効期日	令和　年　月　日
有効期限	令和　年　月　日	有効期限	令和　年　月　日
適用区分	ア　イ　ウ　エ　オ	適用区分	ア　イ　ウ　エ　オ
資格区分	一般　退本　退扶	資格区分	一般　退本　退扶
交付年月日	令和　年　月　日	交付年月日	令和　年　月　日
確認資料	免・保・診・他（NO.　）	確認資料	免・保・診・他（NO.　）

受付者